

Mihin ”terveyden Eurooppaa” tarvitaan?

ELINA PALOLA

Johdanto

Euroopan unionin historian ensimmäinen terveyden (ja kuluttajansuojan) nimikkomissaari, irlantilainen David Byrne, oli Euroopan komission jäsen vuosina 1999–2004. Komission alkuaajan työ uuden terveystoimikomitean johdolla oli ensisijaisesti defensiivistä (ruokariskien minimointi, veritutkimusten turvallisuus, tupakoinnin vastustaminen), ja terveys oli unionille selkeästi kansanterveyskysymys, jossa olennaista oli sairauksien torjunta. Huomio alkoi kuitenkin varsin nopeasti siirtyä uudenlaisen poliittisen lähestymistavan kehittämiseen suhteessa kansanterveyteen.

Vuonna 2001 komissaari Byrne puhui ensimmäistä kertaa eurooppalaisten kansanterveystoimien *radikaalista suunnanmuutoksesta* painopisteen siirtämiseksi ”positiiviseen terveyteen” tai ”hyvään terveyteen” paljon entistä laajemmassa kontekstissa. Hän korosti, että tarvitaan myös positiivinen agenda – tapa saavuttaa myönteisiä tuloksia eikä vain minimoida negatiivisten asioiden riskiä. (6 ja 8.)¹ Komissaari puhuu uudesta ”terveyden Euroopasta”, jonka voimme rakentaa vain yhdessä. Hänen mielestään nyt on hetki kääntää se, mikä näyttää ongelmalta, todelliseksi mahdollisuudeksi: meillä on mahdollisuus luoda *positiivinen poliittinen terveyskäsite* perustaksi sekä taloudellisen vaurautemme edistämiseksi että kansalaisuuden ja hallinnon uudistamiselle. (3 ja 9.) Puheissa korostuu tavoite ”hyvän terveyden Euroopan rakentamisesta tuleville sukupolville, jotta voimme elvyttää yhteiskuntamme, uudistaa taloutemme ja voimistaa kansalaisiamme” (9); tavoitteena on ”poliittisesti vastustamaton ja taloudellisesti kestävä lopputulema” (2).

Tämän artikkelin tavoitteena on selvittää, millainen on komissaarin puheissa rakentuva ”tervey-

den Eurooppa” (*Europe of Health*). Lisäksi tarkastellaan, miten tämän ”terveyden Euroopan” pohjalta muotoillaan teknologioita eli miten hallinnan muodot siirtyvät komission tiedonantojen kautta käytäntöihin.

Teoreettiset lähtökohdat

Jatkan tässä artikkelissa sitä ”EU-kielen” pohjalta nousevaa tarkastelua, jota kehittelemme jo komissaari Anna Diamantopouloun puheita käsittelevässä kirjoituksessani (Palola 2004). Mutta toisin kuin tuossa artikkelissa, jossa tutkimusmetodina oli pysäytetty kertomus, tässä ei tulkita puheita suostuttelun prosesseina, vaan hallinnoinnin näkökulmasta käsin. Tässäkään tutkimusotteessa (Foucault 1991) kieltä ei ymmärretä vain heijastumana taustalla olevasta todellisuudesta, vaan sen olennaisena ulottuvuutena.

”Post-foucaultlainen” käsitys hallinnasta hallinnointina (Dean 1999; Miller & Rose 1989) lähtee siitä, että erilaisia instituutioita, menettelytapoja, analyyseja, pohdintoja ja taktiikoita voidaan tarkastella väestöön kohdistuvan vallankäytön näkökulmasta. Kun hallintaa analysoidaan, on kiinnitettävä huomiota siihen, miten ongelmat määritellään ja miten tältä pohjalta tavoitteet ja ratkaisumallit (teknologiat) muotoillaan eli miten jokin alue *teknologisoidaan hallittavaksi*. Foucault-tutkimusperinteessä erotetaan *episteemi* ja *tekniikka*. Episteemi liittyy siihen, kuinka jokin toiminnan alue käsitteellistetään ja kuinka se otetaan haltuun ja säätelyn kohteeksi tuottamalla sitä koskeva totuus. Tekniikka taas liittyy siihen, millaisin käytännön keinoin ja teknologioin kohdetta pyritään säätämään ja kuinka nämä toimet vaativat vallankäyttöä. (Törrönen 2004, 24–25; Dean 1999, 18–33.) Hallinnoinnin tutkimuksen *etos* taas viittaa identiteettiin eli siihen, millaisia kykyjä, ominaisuuksia ja orien-

¹Viitataan aineistona oleviin komissaarin puheisiin aikajärjestyksen mukaan määräytyvillä numeroilla.

taatioita odotetaan hallinnon auktoriteeteilta sekä niiltä, joihin hallinta kohdistuu. Esimerkiksi terveyspolitiikkaa määriteltäessä määritellään samalla aina myös elämäntapoja, valintoja ja pyrkimyksiä; ihmisten ”onnellisuutta” ja käyttäytymistä voidaan näin ohjata vaikkapa talouden etujen mukaisiksi (Helne & al. 2003, 60). Foucault’n käsitteistöön perustuva biopolitiikka määrittää kansalaisuutta kansan elinvoiman vaalimisena, kansalaisuuden arvioimisena elinvoiman perusteella sekä itsekasvatuksena.

William Walters ja Jens Henrik Haahr (2005) lähestyvät hallintaa poliittisen analyysin työkalupakkina, jonka avulla voi kysyä, miten, mitä ja miksi hallinnoimme. Erityistä huomiota kiinnitetään kieleen ja sen vakiintuneisiin ilmaisuihin, joiden kautta poliittiset ongelmat ja tavoitteet määritellään. Hallinnoinnilla tarkoitetaan kykyä problematisoida hallittavana oleva alue ja muotoilla siitä itsenäinen ongelmakokonaisuus, joka vaatii haluttujen tulosten mukaisia toimia (Savio 2001, 57). Hallinnointi avautuu parhaiten tutkittavaksi tilanteissa, jolloin totutut käsitykset ja käytännöt kyseenalaistuvat ja jolloin toimijoiden on tuotettava uudenlainen ymmärrys (episteemi) ja uudenlaisia toimintatapoja (teknikoita) (Törrönen 2004, 25). Nikolas Rose ja Peter Miller (1992, 181) kutsuvatkin hallinnointia ”problematisoivaksi toiminnaksi”, jonka muotoja ja mentaliteetteja on etsittävä juuri niistä toimita ja niistä hetkistä, jolloin totuttu politiikka tai käytäntö asetetaan kyseenalaiseksi.

Hallinnon näkökulmaa ei ole toistaiseksi nostettu kovin usein EU-tutkimukseen (ks. Barry 1993; Savio 2001; Haahr 2004; Walters & Haahr 2005). Suurin osa EU-tutkimuksesta lähtee yhä siitä perusolettamuksesta, että tiedämme tarkoin, mikä ja mitä on ”Eurooppa”: se esiintyy integraatiota koskevissa diskursseissa yhtenä tunnettuna määrällisenä ja laadullisena kokonaisuutena, jolla on omia tarpeita. Tiettyjen auktoriteettien ajatellaan voivan määritellä näitä tarpeita ja suunnitella politiikkoja niiden täyttämiseksi. Mutta mitä merkitsee se, että Euroopasta puhutaan nyt ”terveyden Eurooppana”, jolla on omia tarpeita, tavoitteita ja politiikkoja? (Ks. Walters & Haahr 2005, 2–3.) Puhe ”talouden Euroopasta” tai ”sosiaalisesta Euroopasta” on jo tuttua, mutta on useita muitakin Eurooppia, kuten esimerkiksi ”vapauden ja turvallisuuden Eurooppa”, jonka avulla unionille rakennetaan yhteistä maahanmuuttopolitiikkaa.

Integraatiokehitys tarvitsee edetäkseen useita erilaisia Eurooppia: se ei etene lineaarisesti, vaan unionilla on jatkuvasti useita erilaisia Eurooppa-projekteja, ja näissä projekteissa ”Eurooppa” perustellaan erilaisilla tarpeilla. Kun integraatiota tarkastellaan tällaisena erilaisten Eurooppien ilmaantumisenä ja kehittymisenä, voidaan integraatiokehityksen eri osa-alueet perusteluineen tehdä selkeämmiksi ja ymmärrettävämmiksi. Erilaisista Euroopista tehdään tiedonkeruun, vertailun, tekstien, puheiden ja indikaattoreiden avulla tunnettuja alueita, sillä ennen kuin jotain aluetta voidaan hallita, se on tehtävä tiedollisesti tunnetuksi (*knowable domain*); vasta tämän jälkeen on mahdollista etsiä sille sopivia hallinnan keinoja ja ratkaisuja. Kukin ”Eurooppa” omana politiikan alueenaan omaksuu tietyt tavoitteet, määritellyt ja luokittelut keinoiksi johtaa keskitetysti poliittista ajattelua ja hallinnollisia käytäntöjä. Hallintaa voikin tutkia poliittisena rationaliteettina, jossa todellisuudesta muokataan idealisoitujen puhetapojen avulla sellainen, että siihen voidaan soveltaa haluttua poliittista ohjelmaa (Rose 1996, 42; Rose 1995; ks. myös Walters 2000).

Tutkimusaineisto

Artikkelin ensisijaisena aineistona ovat komissaari David Byrnen puheet (komissaarin puheiden roolista ja merkityksestä politiikan rakentamisessa tarkemmin ks. Palola 2004). Byrnen puheiden kiinnostavuutta lisää se, että hän oli Euroopan unionin historian ensimmäinen terveyden nimikkokomissaari. Puheet 1–5 on pidetty vuosina 2000–2004 Euroopan terveysfoorumissa Gasteinissa. Komissaari määrittelee tämän vuodesta 1998 lähtien järjestetyn, terveyssektorin eri toimijoita yhteen kokoavan konferenssin ”yhdeksi eurooppalaisen terveyskalenterin tärkeimmistä tapahtumista” (4) todeten sen olevan paikka korkean tason keskusteluille eurooppalaisten päätöksentekijöiden kohtaamista terveyskysymyksistä (1). Muut neljä puhetta ovat kaikki vuodelta 2004 eli aivan Byrnen komissaarikauden loppuvaiheesta, jolloin ”terveyden Euroopan” rakentamisen retoriset ainekset alkoivat jo olla koossa.

1. ”Public health – a driver of other public policies”, European Health Forum, Gastein (Itävalta), 29.9.2000

2. ”Health across other policies”, Gastein 28.9.2001

3. *"Future priorities in EU health policies"* – European Health Forum on "Common Challenges for Health and Care", Gastein 26.9.2002

4. *"Health equals Wealth"*, Gastein 3.10.2003

5. *"Global health strategy for the European Union"*, Gastein 8.10.2004

6. *"The EU's role in health: experiences of the past, perspectives for the future"*, Open Health Forum, Brussels 17.5.2004

7. *"Patient centred health policy in Europe"*, European Federation of Pharmaceutical Industries (EFPIA) Public Conference, Dublin 27.5.2004

8. *"Enabling health – Empowering citizens"*, Conference of the European Health Management Association, Potsdam (Saksa) 23.6.2004

9. *"Enabling good health for all – the future of health in Europe"*, EPC (European Policy Centre) Conference, Brussels 15.7.2004

Toinen aineisto koostuu viime vuosina julkistetuista komission tiedonannoista, joilla on suunnattu tavoiteltavaa terveyspolitiikkaa osana unionin sosiaalisen suojelun kokonaisuutta. Tiedonannot ovat komissiolle tärkeitä työvälineitä: ne ovat poliittisia aiopapereita ja suunnitelmia siitä, miten jokin asia haarukoidaan ratkaistavaksi kysymykseksi, ja niillä sitoutetaan tietynlaiseen ajatteluun ja ongelmanratkaisuun. Tiedonantojen avulla jonkin ilmiön luonne tehdään näkyväksi: ne ovat jo sinänsä hallinnan teknologioita. Aineistona ovat seuraavat neljä dokumenttia:

KOM(2001)723: Terveyden- ja vanhustenhuollon saatavuus, laatu ja taloudellinen kestävyys tulevaisuudessa.

KOM(2002)774: Ehdotus: Yhteinen raportti: Terveydenhuolto ja vanhustenhuolto: kansallisten strategioiden tukeminen korkeatasoisen sosiaalisen suojelun tukemiseksi.

KOM(2003)261: Lissabonin strategian sosiaalisen ulottuvuuden vahvistaminen: avoimen koordinoinnin selkeyttäminen sosiaalisen suojelun alalla.

KOM(2004)304: Sosiaalisen suojelun uudistaminen laadukkaan, helposti saatavilla olevan ja kestäväen terveydenhoidon ja pitkäaikaishoidon kehittämiseksi: kansallisten strategioiden tukeminen avoimen koordinaatiomenetelmän avulla.

Artikkelissa tutkitaan ensin, mitä komissaari Byrnen puheissa rakentuvalla "terveyden Euroopalla" oikeastaan tarkoitetaan. Toisessa vaiheessa tarkastellaan, miten tämän terveyden Euroopan tavoitteiden pohjalta määritellyt ulottuvuu-

det heijastuvat komission tiedonannoissa, joiden avulla pyritään rakentamaan uudenlaista terveyspolitiikkaa kiinteänä osana unionin sosioekonomista hallintaa.

Puheiden analyysi "terveyden Euroopan" tavoitteiden pohjalta

Komission terveysdiskurssi muokkaa ja luonnehtii käsitystä terveydestä ja terveyspolitiikasta tunnettuna ja tiedettynä alueena, "omana Eurooppaan". Tässä luvussa tarkastelen, miten diskurssi "terveyden Euroopasta" komissaari Byrnen puheissa rakentuu. Analyysi perustuu puheiden sisällön luokitteluun, jonka perustana on komissaarin tekemä kolmijako: hän listaa "hyvän terveyden Euroopan" rakentamisen keskeisiksi tavoitteiksi (me-muodossa) *yhteiskuntamme elvyttämisen, taloutemme uudistamisen ja kansalaistemme voimistamisen* (9). Nämä samat kolme tavoitetta määritellään puheessa myös hieman eri sanoin, kun esiin nostetaan tarve luoda positiivinen poliittinen terveyskäsite perustaksi *taloudellisen vaurauden edistämiseksi sekä kansalaisuuden ja hallinnon uudistamiselle*.

Luin tekstejä komissaarin nimeämien tavoitteiden näkökulmasta ja ryhmittelin puheiden sisällön niiden mukaisiksi teema-alueiksi: 1) laaja näkemys terveydestä (yhteiskunnan elvyttäminen ja hallinnon uudistaminen), 2) kansalaisten voimistaminen (kansalaisuuden uudistaminen) ja 3) talouden uudistaminen (taloudellisen vaurauden edistäminen). Seuraavassa kutakin teema-aluetta kuvataan puheista esiin nostettujen esimerkkien avulla. Tavoitteena on selvittää, millainen "hyvän terveyden Eurooppa" näistä teemoista näyttäisi rakentuvan.

Laaja näkemys terveydestä

Komissaarin puheet tuovat korostetusti esiin sen, että olennaista eurooppalaisen yhteiskunnan rakentamisessa on terveyspolitiikan korkea profiili: terveys on saatava kaiken EU-politiikan keskiöön. Toimijoita motivoidaan sitoutumaan korostamalla, että terveys on harvoin poissa päivän uutisotsikoista: terveys ja terveydenhuolto ovat kaikkein tärkeimpiä tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, ketä ihmiset äänestävät; hyvä terveys on eurooppalaisten demokratioiden sydämessä. (9.) Terveys muissa politiikoissa -viitekehys pannaan toimeen sen varmistamiseksi, että terveyspotentialimme täysimääräinen käyttäminen voi tulla eurooppa-

laisen politiikan ohjaajaksi, ei pelkäsi satunnaiseksi matkaajaksi (2 ja 3). Terveys on jo ottamassa paikkansa eurooppalaisen politiikan tekemisen keskiössä kilpailukyvyistä rakennerahastoihin, mutta komissaari korostaa tämän olevan vasta alkua: hyvän terveyden ei tulisi olla yhtään vähempää kuin EU-kansalaisuuden keskeinen tavoite ja hyöty kaikille eurooppalaisille (4 ja 9). Terveys on *testi Euroopalle* (3), ja tulevaisuudessa *jokaisen komissaarin tulisi olla terveyskomissaari* (4).

Komissaari tähdentää, että EU:n lähestymistavan on oltava täysin yhtenäinen ja johdonmukainen (1), eikä edessä oleva sopeutuminen voi tapahtua vain kansallisella tasolla; Euroopan yhteisöllä on oltava mahdollisuus vaikuttaa Euroopan terveyteen ja terveysjärjestelmiin (3). Meidän on varmistettava *sellainen unioni, jossa politiikka, raha ja moderni teknologia on valjastettu hyvän terveyden ylläpitämiseen* ja saavuttamiseen ja jossa ihmiset elävät pitemmän, onnellisemman ja tuottavamman elämän (9). Se, miten terveyden asettamisessa kaiken politiikan keskiöön onnistutaan, ei tule vaikuttamaan pelkästään terveyspolitiikan koneistoon, vaan *koko poliittisen koneistomme terveyteen*: päätöksentekijöihin kaikilla hallinnon tasoilla, sosiaalisen koheesion traditioihin ja tehokkaaseen hallinnointiin. Komissaari voimistaa viestiään toteamalla, että poliittiset panokset ovat kovia; tämä on haaste, jota meillä ei ole varaa hävittää. Kyse on jaetusta vastuusta: eri toimijoiden mobilisointia ja terveyskumppanuuksien rakentamista; komissio voi olla avainroolissa näiden synergioiden saavuttamisessa. (2 ja 9.)

Puheissa tunnustetaan selkeästi komission toiminnan lähtökohta: yhteisötasolla ei ole helppo löytää sopivaa vastausta, vaan tarvitaan välittäviä rakenteita, jonkinlainen osallistava prosessi (2): eteneminen terveyden Euroopan rakentamisessa on komissiolle mahdollista vain tiiviissä kumppanuudessa kansalaisten, terveysyhteisön ja jäsenmaiden kanssa (9). Terveyspolitiikkafoorumi (European Health Policy Forum), potilaiden liikkuvuutta ja terveydenhuollon kehityssuuntauksia koskenut ”korkean tason pohdintaprosessi” (ks. KOM[2004]301), ”reflektioprosessi” (9) sekä ”terveyspalveluja ja sairaanhoitoa käsittelevä korkean tason työryhmä” (jota komissio pitää keskeisenä muutosvoimana, 7 ja 9) ovat puheissa mainittuja esimerkkejä tällaisista välittävistä mekanismeista.

Kansalaisten voimistaminen

Komissaari vaatii, että kansalaisille on lähetettä-

vä selkeä viesti siitä, että *Eurooppa on hyväksi terveydellesi* (8), ja jatkaa, että jos Eurooppa haluaa muuntua perustuslakiarkkitehtien välisestä design-kilpailusta kansalaisten yhteiseksi kodiksi, meidän on solmittava uusi poliittinen sopimus kansalaisten kanssa; meidän on osoitettava käytännössä, miten Eurooppa mahdollistaa kansalaisilleen *itsensä toteuttamisen*. Ja juuri tässä terveys astuu areenalle: voimistamalla ja valtaistamalla kansalaisemme mukaan rakentamaan terveyden Eurooppaa voimme alkaa nähdä koko Euroopan terveellisemmässä valossa. Tärkein edistymistä edesauttava tekijä on *kansalaisten oma päättävyyssyys*. (8.) Mahdollistamalla ihmisten vastuunoton omasta terveyskohtalostaan Eurooppa voi löytää uutta relevanssia heidän elämässään. Potilaan muuttuminen passiivisesta hoidon vastaanottajasta yhä aktiivisemmaksi, liikkuvaksi laadukkaitten palvelujen etsijäksi on todellinen muutosvoima. (7.) Kun pidämme yllä kansalaisten mielenkiintoa, otamme heidät mukaan ja voimistamme heitä, ”meillä on käytössämme suurin kuviteltavissa oleva voima terveyden parantamiseksi” (8).

Terveyden avulla voimme luoda uuden poliittisen yhteyden tulevaisuutta varten (8). Meidän, politiikan tekijöiden, on tiedostettava suuren yleisön ääni (1), meidän olisi keskityttävä Euroopan lisäksi enemmän *eurooppalaisiin*, joille terveys on keskeinen intressi (3). Byrne toteaaakin olevansa unionin ensimmäisenä terveyskomissaarina vastuussa ennen kaikkea kansalaisten vakuuttamisesta siitä, että heidän terveytensä on etualalla, kun päätöksiä Euroopan tasolla tehdään (2). Juuri terveydenhuollon saatavuus on vastaus kansalaisille, kun he yrittävät saada selville, mitä Euroopan sosiaalisella mallilla tarkoitetaan (2). Unioni pyrkii asettamaan ihmisten huolet EU-politiikan keskiöön ja näyttää, että Eurooppa voi parantaa heidän elämäänsä. *Loppujen lopuksi, mitä positiivisempaa Eurooppa voisi tehdä kansalaistensa elämälle kuin parantaa heidän terveyttään*. (8 ja 9.)

Puheissa korostuu ajatus tietoisesta terveysvalintoja tekevästä yksilöstä: hyvä terveys määräytyy suuressa määrin omien yksilöllisten valintojemme kautta, ja *jokaisen on otettava vastuu omasta terveydestään*. Valinnat perustuvat siihen, mitä ihmiset tietävät: tieto antaa ihmisille vallan ottaa *kontrolli ja vastuu omasta terveyskohtalostaan*. Voimme auttaa ihmisiä tekemään oikean valinnan – terveellisen valinnan; voimme auttaa heitä auttamaan itseään ja *muokkaamaan omaa terveys-tulevaisuuttaan* (9); meidän on pohdittava, miten

tehdä terveellisestä valinnasta helppo valinta kansalaisillemme (6), toteaa komissaari Byrne luodessaan kuvaa terveyden Euroopasta.

Talouden uudistaminen

Talous nousee terveyden Euroopan pääargumentiksi vuonna 2002, jolloin komissaari kysyy, *mitkä on seuraava suuri poliittinen haaste*. Hän toteaa, että poliittiset perustelut terveyden puolesta ovat Euroopan tasolla menneet hyvin läpi, mutta taloudellista puolta olemme vasta alkaneet lähestyä. Ja kuitenkin hallituksissa talous on lopulta aina ratkaiseva. Valtiovarainministereiden kielessä sanoilla ”terveys”, ”kuluttaminen” ja ”pohjaton kairo” on taipumus liittyä yhteen. Joten jos (me terveyden Euroopan rakentajat) haluamme onnistua, meidän on puhuttava valtiovarainministereille heidän käsitteillään ja heidän kielellään. Tämä vaatii terveyspolitiikan *argumenttien kääntämistä pääläelleen*. Meidän ei enää pidä kysyä, mitä ekonomistit voivat tehdä terveyden hyväksi, vaan *mitä terveys voi tehdä taloudelle*. (3.) Tarvitaan *terveydestaloudellinen viitekehys*: johdonmukainen lähestymistapa, jolla tuodaan yhteen terveys-, sosiaali- ja talouspolitiikat sekä niiden toimijat (2).

Komissaari korostaa komission sitoutuneen integroimaan terveyden Lissabonin-strategiaan kilpailukyvyn edistäjäksi: tässä ajattelussa EU:n taloutta palvellaan parhaiten antamalla kilpailuvoimien – myös verokilpailun – toimia vapaasti. ”Valistunut terveyspolitiikka” on ratkaisevassa roolissa kilpailukyvyn edistämässä: ”kuten kuluttajat ennen heitä, potilaat tekevät sen itse, jos heidät asetetaan keskiöön”. (7 ja 9.)

Puheissa vaaditaan ”terveydestaloudellisen ajattelun vastavirran” rohkaisemista: uusi näkökulma terveyteen tuottavana voimana taloudellisessa vauraudessa on saatava vallitsevaksi, sillä *terveys on yhtä kuin vauraus* (3). On luovuttava negatiivisesta ja tuottamattomasta terveysajattelusta, jossa terveys nähdään kustannuksena eikä hyötyinä (3). Koko unionin tuleva talouskasvu ja kestävä kehitys riippuvat terveyteen investomisesta: ”perimmäinen viestini on, etteivät terveysmenot ole korkeita, mutta sairausmenot ovat”. Huono terveys heikentää yksilöllistä hyvinvointia ja tuottavuutta, eivätkä krooniset sairaudet ole taakka vain niistä kärsiville, vaan myös heidän hoivaajilleen. (7.) Pitemmät, terveemmät ja tuottavammat elämät tuovat konkreettisia taloudellisia hyötyjä, kun taas sairaustaakka muuntuu suuriksi yhteiskunnallisiksi kustannuksiksi (9). Komissaari nos-

taa tästä esimerkiksi Suomen, jossa 40 prosenttia työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään mielenterveysongelmien takia (3).

”Positiivisen terveyden taloustieteen” lähtökohtana on laskea, miten investoiminen terveyteen parantaa talouden suorituskykyä (3). Samalla on varmistettava, että terveyteen investoiminen maksimoi tulokset kontrolloimalla kustannuksia ja keskittämällä resurssit sinne, missä niistä saatu lisäarvo on suurin (7). Haasteena on erottaa *aito itsensä rahoittava investoiminen* terveyteen nopeasti nousevista (sairaus)kuluista, joita meidän on hallittava sosiaalisen mallimme kestävyuden säilyttämiseksi (3). Jokainen paremmin terveyteen käytetty euro voi saada aikaan nettosäästöjä sekä yksilöllisenä hyvinvointina että EU:n parempana kilpailukyknä (9).

Taloudellisia todisteita haetaan Yhdysvalloista (”jokainen liikuntaan investoitu dollari tuo kolmen dollarin säästön lääkintäkuluihin”) toivoen, että yleisö on yhtä ihmeissään kuin puhujakin siitä, ettei EU:lla ole tarjota vastaavia kokonaistietoja: jos olemme vakavissamme EU:n talouskasvun suhteen, *meidän on priorisoitava tiedon systemaattista keräämistä vaikeiden poliittisten valintojen helpottamiseksi*. Sen enempää EU kuin jäsenvaltiotkaan eivät voi pakottaa ihmisiä syömään terveellisesti tai harrastamaan liikuntaa, mutta niillä on vastuu hyödyllisen tiedon tarjoamisessa suurelle yleisölle. Jos ja kun huono terveys jatkossakin vaikuttaa taloudelliseen varallisuutemme näin paljon, on väestön terveyden parantamisesta tultava talouden prioriteetti: ”no pain means gain!” (3).

Terveyden Euroopan kolme ulottuvuutta

Tässä luvussa pohditaan, millainen terveyden Eurooppa edellä kuvatuista teema-alueista lopultaakin rakentuu ja mistä sen luomisessa on kysymys. Puheiden analyysi osoittaa selkeästi, ettei terveyden Euroopassa ole kyse järjestelmistä eikä toimivallasta, vaan terveydestä tulee hallintaa palvelevien diskurssien läpäisemä tila – tila hallita. Komissaari toteaa suoraan, ettei komissio suunnittele jäsenmaiden terveyspalvelujen ottamista vastuulleen: ”ilo on kokonaan heidän puolellaan!” (8). Sen sijaan hän kuvaa komission roolia (terveyden tilan rakentajana) ”poliittisen ilmaston” muuttamisena: EU on muutoksen katalysaattori, joka valtuuttaa, mahdollistaa ja helpottaa edisty-

mistä, määrittelee suunnan ja pyrkii muuttamaan poliittisen ilmastoon (8 ja 9); komissiolla on selkeä rooli vakaan, EU:n laajuisen tietoperustan rakentamisessa kehityssuuntausten analysoinnin tukemiseksi, yhteisten haasteiden tunnistamiseksi ja ratkaisujen löytämiseksi (9).

Tila otetaan hallintaan tiedon, diskurssien ja yhteisten käsitteiden avulla. Seuraavassa komissaarin puheillaan rakentamaa terveyden Eurooppaa tarkastellaan hallinnan tilana sen kolmen keskeisen ulottuvuuden avulla. Olen määritellyt nämä ulottuvuudet edellä esiteltyjen, komissaarin listaamiin tavoitteisiin perustuvien teema-alueiden pohjalta ja nimennyt ne uudelleen käsitteillä, jotka kuvaavat paremmin ”terveyden Eurooppaa” hallinnan intressien näkökulmasta. Kyse on yhteiskunnan terveydentilasta, terveyskansalaisuuden ja terveyden taloustieteen ulottuvuuksista.

Yhteiskunnan terveydentilasta ulottuvuus

Yhteiskunnan terveydentilasta ulottuvuuden perustana on kuva siitä, *millainen Eurooppa on silloin, kun se on terve*. Terveyden Eurooppa ei perustu enää vanhoihin professioihin, vaan se on julkisen tila (*a public context*), eikä sitä lähestytä sairaus-käsitteen, vaan terveyden kautta. ”Jokainen tietää, että terveys määrittää kaikkea varallisuudesta onnellisuuteen” (8). Hyvä terveys on avaintekijä paitsi yksilöllisessä hyvinvoinnissa myös laajemmassa yhteiskunnallisessa kontekstissa: sosiaalisessa koheesiossa, tuottavuudessa ja taloudellisessa kestävyudessa. Meidän on luotava olosuhteet, jotka mahdollistavat ihmisille paitsi pitemmän elämän myös heidän täyden panoksensa yhteiskunnalle; on lisättävä elämää vuosiin, ei pelkästään vuosia elämään. Tämä vaatii lähestymistapaa, joka kattaa monia erilaisia alueita (6 ja 8). Tarvitsemme Euroopan, joka on kytketty yhteen terveyden nimissä ja jonka kansalaiset ottavat enemmän vastuuta omasta terveydestään (9).

Tämän ulottuvuuden pohjavireenä on ilmiö, jota voi kuvata yhteiskunnan medikalisoitina: terveyden avulla otetaan hallintaan ilmiöitä, jotka eivät ole lääketieteellisiä, eikä terveyspolitiikka enää palautu sairauteen, vaan kattaa koko yhteiskunnallisen elämän. Yhteiskunnan ”terveydentilasta ulottuvuus” tarkoittaa myös eri alueilla tapahtuvaa politiikan medikalisoitinta (tätä edustaa mm. ”terveys kaikissa politiikoissa” -ajattelu), jonka voidaan katsoa toimivan välineenä terveyteen liittyvän näkymättömän sääntelyn laajentamiseksi koko yhteiskuntaa koskevaksi hallinnaksi. Kyseessä

on käsitejärjestelmä, jolla pyritään turvaamaan tavoiteltu muutos ja saavuttamaan tietyt poliittiset päämäärät. Terveyspoliittisen retoriikan ja argumentaation käyttäminen erilaisten politiikkojen perusteluna voi helpottaa tavoiteltujen muutosten hyväksymistä, sillä terveyden arvokkuudesta yhteiskunnallisena päämääränä kaikki ovat varmasti yhtä mieltä. (Ks. Rintala 1995 & 2003.)

Terveyskansalaisuuden ulottuvuus

Kun terveyttä tarkastellaan hallinnan tilana, voidaan komissaarin puheista erottaa ainakin kolme tapaa, joilla terveys ja kansalaisuus kytkeytyvät yhteen. Terveys on ensinnäkin kansalaisen *ominaispiirre* (”jos sinulla ei ole terveyttäsi, sinulla ei ole mitään”, 6), olennainen osa elämänlaatua ja elämänhallintaa. Terveys näyttäytyy puheissa myös yksilön *valintana*; tätä heijastavat mm. *terveystulevaisuuden* ja *terveyskohtalon* käsitteet. Elämänlaatuun liittyvillä kysymyksillä, kuten terveydellä, todetaan olevan tärkeä rooli sekä kansalaisuuden määrittämisessä (”nykykansalaiset ovat aivan yhtä huolissaan elämänlaadustaan kuin oikeuksiensa määrästä”) että yhteiskuntapolitiikan muotoilemisessa (1).

Toiseksi puheissa korostuu näkemys terveydestä *sopimuksena*, joka tehdään kansalaisten kanssa ja josta kansalainen ottaa vastuun. Terveyskansalaisuuden perusasia on elämän hallinta; ihmiset on saatava hallitsemaan itse itseään. Nikolas Rose toteaa (1995, 20), että yksilöihin tukeutuvan hallinnan avulla on mahdollista hallita *yhteiskuntaa* hallitsematta yhteiskuntaa. Unioni rakentaa oman terveyskansalaisuutensa paljolti tästä biopoliittisesta lähtökohdasta. Kun kansanterveyttä tarkastellaan hallinnan järjen näkökulmasta, on mukana aina kaksi terveyskansalaisuuden keskeistä piirrettä: julkisen vallan toimet ovat sekä väestön elinvoiman hallintaa että sosiaalista hallintaa yhteiskunnan (ja nyttemmin koko Euroopan!) nimissä (Helén & Jauho 2003, 19).

Kolmanneksi terveys on *väline* yhteyden saamiseksi kansalaisiin ja unionin politiikkojen legitimoimiseen: unionin on pyrittävä luomaan vahvemmat linkit Euroopan ja sen kansalaisten välille, ja juuri tässä terveys voi olla ratkaisevassa roolissa; valjastamalla EU-politiikat lisääntyvästi hyvän terveyden palvelukseen voimme tuoda *Euroopan lähemmäs kansalaisiaan* (9). Terveyden Euroopasta tulee näin myös subjektiivinen kysymys ja samalla lojaliteettikysymys: lähtökohtana on kansalaisen (subjektin) ja Euroopan välinen

suhde, joka kaipaava lähentymistä. (Ks. Walters & Haahr 2005, 85–86.)

Terveys on yhteistyötä, joka perustuu tuttuuteen ja tunnettavuuteen. Niinpä unioni tulee sitä lähemmäs kansalaisia, mitä enemmän se heistä tietää; tämä tieto puolestaan mahdollistaa sen, että yhteiskunta voi auttaa kansalaisia ymmärtämään omaa parastaan ja säädellä näin heidän käyttäytymistään. Yksilön terveys on eräänlainen vastinpari yhteiskunnalliselle järjestykselle (Karisto 1984, 79–80). Mielenkiintoista on, että väestöstä tuli ensimmäistä kertaa hallitsemisen pääkohde jo 1600- ja 1700-luvulla, kun kansallisvaltio ja keskitetty hallintobyrokratia kehittyivät: väestö käsitettiin jo tuolloin valtion vaurauden lähteeksi, ja jo Immanuel Kant korosti kansalaisuuden ydinasiana sitä, että yksilö voi kasvattaa itsensä kansalaisuuteen ja osallisuuteen. (Helén & Jauho 2003, 16–20.)

Terveyden taloustieteen ulottuvuus

Komissaari luo terveydelle uutta tilaa Euroopan tasolla toteamalla, että eurooppalainen terveysyhteistyö voi tuoda merkittäviä taloudellisia etuja: tarvitaan yhteinen tietopohja terveydestä, ja sen taloudelliset hyödyt on kvantifioitava. Terveys on tehtävä tunnetuksi, mitattavaksi ja siten myös hallittavaksi alueeksi. Kun jokin alue tunnetaan, sitä voidaan myös muokata, ja ainekset ja keinot tähän voidaan ottaa mistä tahansa, vaikkapa liikemaailmasta.

Terveyden Euroopan lähtökohta onkin sama kuin markkinoiden; kansalaiset nähdään (ja heitä kehitetään) itsenäisinä, rationaalisina toimijoina. Vapaata kilpailua ja kilpailukyvyyn voimaa korostavan ”talouden Euroopan” ja ”terveyden Euroopan” tilojen välillä tapahtuvan identifikaation kautta markkinoiden toimintaideaa siirretään yhä syvemmälle terveyspolitiikkaan: komissio haluaa terveysjärjestelmät ”avoimemmiksi, läpinäkyvämmiksi ja tehokkaammiksi” (3). Kun ”sosiaaliset” kansalaiset alkavat ajatella itseään kuluttajina, asiantuntijuuden ja politiikan suhteet muuttuvat ja luodaan uudenlainen suhde yksilöiden ja asiantuntijoiden välillä. Tämä suhde ei perustu hyvinvoinnin byrokratiaan vaan markkinamekanismeihin (Rose 1995, 46–47).

Eurooppalaisen terveyspolitiikan linjaukset tulevatkin hyvin lähelle Millerin ja Rosen (1997, 131–136) hahmottelemaa uusliberalismia hallintarationaalisuuden muotona. Ratkaisevaa uusliberalismin menestykselle on ollut vanhojen hy-

vinvointijärjestelyjen pätevyyden kyseenalaistaminen. Tilalle tarjotaan sosiaalisen alueen uutta hallinnointitapaa, joka ilmentää samalla uutta retoriikkaa. Kehittyneen liberalistisen hallinnan oloissa talouden hallintaa puhdistetaan sosiaalisista periaatteista, ja sosiaalisten ja poliittisten asioiden hallinnassa käytetään yhä enemmän talousteorian ajatusmalleja, argumentteja ja käsitteitä (Julkunen 2001, 292–293; Rose 1999).

Terveyden kolme ulottuvuutta komission tiedonannoissa

Tässä luvussa tarkastelen, miten edellä esitelty terveyden Euroopan kolme ulottuvuutta näkyvät komission tiedonannoissa. Pyrkimyksenä ei ole kattava analyysi, vaan tarkoituksena on havainnollistaa esimerkkien avulla tiedonantojen välityksellä jäsenmaihiin sisään rakennettavaa terveyspoliittista ajattelutapaa. Kyse on hallinnoinnin keinojen ja ratkaisumallien analyysistä eli terveyden teknologisesta haltuunotosta hallinnan tilana.

Yhteiskunnan terveydellistämisen ulottuvuus heijastuu muun muassa siinä, että ”terveyttä” tarjotaan ratkaisuksi yhä useampaan ongelmaan: ”terveyspolitiikka pitäisi nähdä aktiivisen työllisyyspolitiikan välineenä, koska sen avulla voidaan parantaa työnhakijoiden kykyä sopeutua yhteiskuntaan ja saada työtä” (KOM[2004]304, 5). Terveys liitetään osaksi laajaa yhteiskunnallista rakennemuutosta ja sen perusteluksi korostamalla tarvetta muokata myös terveyspolitiikan uudistamiselle laajat ja yhtenäiset kokonaispuitteet. Nämä puitteet löytyvät Lissabonin-strategiasta ja avoimesta koordinaatiosta.

”On edistettävä hallintotapaa, joka tukee järjestelmien mukautumiskykyä kulloisiinkin tarpeisiin, erityisesti koordinoimalla tehokkaasti asiaan vaikuttavat tekijät (julkiset talousarviot, vakuutuslaitokset, terveydenhuollon ammattihenkilöt, sairaalat, ennaltaehkäisyä huolehtivat laitokset ja elimet, koululaitokset, terveydenhuoltojärjestelmistä vastaavat alue- ja paikallisviranomaiset, potilaat ja kansalaiset).” (KOM[2004]304, 11)

”Tuloksena on tiiviimpi yhteensovittaminen muihin poliittisiin prosesseihin ... Komissio tarkastelee vuoden 2005 mennessä kansanterveyden sisällyttämistä Lissabonin strategiaan ja sen myötävaikutusta talouteen ja kestäväan kehitykseen.” (KOM[2004]304, 7)

”Avoin koordinaatiomenetelmä myötävaikuttaa kattavan ja yhtenäisen ratkaisumallin löytämiseen eri järjestelmissä nykyisin esiintyviin ongelmiin, sillä siinä luodaan tiiviit yhteydet eri välineiden ja alaa koskevien poliittisten toimintalinjojen välille.” (KOM[2004]304, 7)

Tätä poliittis-hallinnollista kokonaisuutta rakennetaan muiden muassa sellaisilla retorisilla käsitteillä kuin *valtavirtaistaminen* (terveyden korkeatasoisen suojelun tavoite valtavirtaistetaan yhteisön politiikan eri aloille; tästä huolehtii terveyspalveluja ja sairaanhoitoa käsittelevä korkean tason työryhmä, KOM[2004]304, 5) ja *virtaviivaistaminen*, josta puhutaan avoimen koordinoimisen *selkeyttämisenä*; sen ”pitäisi parantaa EU:n koko sosioekonomisen hallinnon laatua ja yhtenäisyyttä” (KOM[2003]261, 4). Kyseessä on menettely, jossa ”nykyisen töiden lokeroiminen ja tavoitekohtaisen raportoinnin sijasta työt yhdistettäisiin tulevaisuudessa samaan rakenteeseen, jossa sosiaalista suojelua käsiteltäisiin yhtenä kokonaisuutena” (KOM[2003]261, 8).

Terveyskansalaisuuden ulottuvuus heijastuu erityisesti tiedon ja tietämisen korostamisena; kansalaisia opetetaan tiedon avulla käyttäytymään oikein: ”ennaltaehkäiseviä strategioita, kuten terveellistä ravintoa ja fyysistä ja psyykkistä aktiivisuutta olisi korostettava, ja tämä olisi aloitettava nuorten ja keski-ikäisten elämäntavoista” (KOM[2002]774, 4–5). Menojen lisääntymistä olisi pyrittävä hallitsemaan esimerkiksi *potilaille suunnatuilla kannustimilla* (KOM[2004]304, 12), ja potilaita olisi ”valtaistettava” niin, että he pystyvät ”sopimuskumppaneina” tekemään tietoon perustuvia päätöksiä. Kumppanuuteen sisältyvä vastavuoraisuus edellyttää, että myös unionilla on mahdollisimman kattava tietopohja kansalaistensa terveydestä.

”On määriteltävä terveydenhuoltoa ja pitkäaikaishoitoa tarvitsevien henkilöiden sosiaaliseen suojeluun liittyvät indikaattorit.” (KOM[2003]261, 14)

”On tehostettava järjestelmiä hajauttamalla toimintaa ja lisäämällä eri sidosryhmien vastuuta ja osallistumista ... On määriteltävä potilaiden ja heidän perheenjäsentensä oikeudet sekä järjestäytyneen kansalaisyhteiskunnan osallistumista koskevat yksityiskohdalliset säännöt.” (KOM[2004]304, 11–12)

”Potilaat toivovat, että terveydenhuoltoalan työntekijät ja viranomaiset kohtelisivat heitä terveydenhuoltojärjestelmien täysivaltaisina toimijoina ja yhteistyökumppaneina.” (KOM[2001]723, 7)

Terveyden taloustieteen ulottuvuus heijastuu talouden ja terveyden tavoitteiden yhteytenä, kestävä kehityksen korostamisena sekä sisämarkkinoiden ja kilpailukyvyn tähdentämisenä. Talouden ja terveyden tilojen yhteen kytkeäiseksi korostetaan terveyspolitiikan toimien (osana sosiaalisen suojelun kokonaisuutta) synkronointia talouspolitiikan laajojen suuntaviivojen kanssa:

”Yhteiset tavoitteet määritellään Lissabonin strategian mukaisesti, ja niiden tulisi olla täysin linjassa ja yhteydessä vuonna 2006 hyväksyttävien talouspolitiikan laajojen suuntaviivojen ja työllisyyden suuntaviivojen kanssa.” (KOM[2003]261, 12)

”Sosiaaliseen suojeluun liittyvää työskentelyä ohjattaisiin tulevaisuudessa niin, että se vahvistaa ja täydentää (...) työllisyyttä ja makrotalouspolitiikkaa koskevia prosesseja. Siksi on tarpeen varmistaa, että sosiaalisen suojelun selkeytetyn prosessin aikataulu synkronoidaan täysin näiden kahden prosessin kanssa.” (KOM[2003]261, 6)

”Kansallisessa (terveys)politiikassa on noudatettava sisämarkkinasääntöjä, myös kilpailusääntöjä ja henkilöiden, tavaroiden ja palveluiden vapaan liikkuvuuden periaatteita.” (KOM[2002]774, 5)

Yhteisen terveystaloudellisen tietopohjan luominen mittamalla ja arvioimalla nousee keskeisesti esiin. Yhteistyön perustaksi olisi otettava tietopohjan parantaminen ja indikaattorit (KOM[2002]774, 20):

”... voitaisiin laatia ensimmäinen jäsenvaltioiden tilanteita vertaileva taulukko ja arvioida edistymistä asetettuihin tavoitteisiin nähden ... tavoitteena on luoda malli yhteisön uudelle järjestelmälle terveyden seuranta varten.” (KOM[2004]304, 13)

”Terveydenhuoltotoimien, hoitojen ja teknologioiden järjestelmällisemmällä arvioinnilla voitaisiin parantaa päätöksentekoa mm. sen varmistamiseksi, että lisääntyneet kustannukset käytetään ainoastaan todelliseen tekniseen edistymiseen ja ettei säästömahdollisuuksia hukata.” (KOM[2002]774, 3)

Komission tiedonannot ovat hallinnan välineitä ja teknologioita, joissa on sisällä unionin sosioekonomiseen hallintaan sopiva näkemys terveydestä. Komission retoriikassa terveydestä tulee yleiskatsauksellista politiikkaa, ja tämän kehityksen myötä terveys yhteiskunnallistuu ja yhteiskunta ”terveydellistyy”. Terveyden Euroopan toimeenpanon laajat – valtavirtaistamisen, virtaviivaistamisen, koordinoimisen ja osallistamisen – strategiat muuttuvat kuitenkin ongelmallisiksi viimeistään siinä vaiheessa, kun niiden ajatellaan lupaavan todellisia ratkaisuja todellisiin ongelmiin. Siksi politiikkaa hallinnallistetaan ja viedään pois perinteisiltä edustuksellisen demokratian näyttämöiltä; tämän kehityksen myötä kansallisvaltiosta tulee yksi toimija muiden toimijoiden joukossa.

Terveyssektorin instituutiot – potilaiden edusryhmiä myöten – kiinnittyvät hyvinvointijärjestelmien rationaalisuuden mukaisesti erilaisiin osallisuuskiin, työryhmiin, kumppanuuksiin ja verkostoihin, joissa terveyden aluetta – hallinnan tilana – pyritään ohjelmoimaan ja muuttamaan. Komissio ohjaa muutosta toimimalla itselleen sopivien sidosryhmien kanssa, asettamalla tavoit-

teita, valitsemalla parhaita käytäntöjä ja rahoittamalla ”oikeanlaista” toimintaa. Näissä prosesseissa toimijoiden väliset suhteet, käytetyt käsitteet ja teknologiat säännellään sellaisiksi, että hallinta käy mahdolliseksi. Hyvinvointijärjestelmää ei pitäisikään ymmärtää valtion muotona, vaan erityisten ihanteiden, sanastojen ja ohjelmien mukaisen hallintarationaalisuuden sekä moninaisten teknologioiden väliaikaisena tasapainona ja johdonmukaisuutena (Miller & Rose 1997, 123).

Terveyden Euroopan sisältämä hallinnon lähtökohta eroaa perinteisestä kansallisvaltiollisesta terveyspolitiikasta olennaisesti ja, jos unionin terveyspolitiikkaa lähestyy vain unionin toimivallan näkökulmasta ja kansallisin, järjestelmä-lähtöisin käsittein, moni asia jää huomaamatta. Unionin politiikkaan sisäänrakennetut diskursiiviset sääntelymekanismit sisältävät yhteisen kielen ja yhteiset käsitteet, yhteisen tieto- ja tilastojärjestelmän sekä vertailujen ja arviointien strategisen käyttämisen. Näin muodostuu hallintajärjestelmä, jonka avulla on mahdollista muokata jäsenmaiden käytäntöjä ja syventää integraatiota. Sulkemalla kansalliset toimijat tiettyyn ”käsitteelliseen tilaan” heidät suljetaan samalla myös tiettyyn hallintajärjestelmään, jossa eurooppalaisen tiedon tuottamista voidaan käyttää perusteluna eurooppalaisille ratkaisuille. Kaikkein tehokkain poliittisen kontrollin muoto on poliittisen tilan rakentaminen siten, että ideologiasta tulee luonnollista ja normaalia. (Ks. Jacobsson 2004, 361–364; Dostal 2004.)

Lopuksi

Unionin historian ensimmäinen terveyskomissaari luo puheillaan terveyden Euroopan, jonka myötä terveydestä tulee *hallinnan tila*: terveys tehdään tunnetuksi eurooppalaisena tarpeena, jotta käytäntöjä sen hallitsemiseksi päästään muokkaamaan. Komissio rakentaa ”terveyden Eurooppaa” puheilla ja teksteillä, joiden avulla luodaan yhteisiä käsityksiä ongelmien luonteesta ja ratkaisumalleista. Näin unioni muokkaa terveydestä itselleen oman tunnetun alueensa.

Terveyden Euroopan näkökulmasta jäsenmaiden nykyiset terveyspoliittiset järjestelmät ovat ongelmia siksi, että ne ovat pikemminkin sairausjärjestelmiä: ”ajatelkaa päinvastainen tilanne, se päivä, jolloin sairausministerit muuntuvat terveysministereiksi, jotka käyttävät suurimman osan bud-

jeteistaan pitääkseen ihmiset terveisinä” (9). Tämä muutos ajattelutavoissa näkyy selvästi myös suomalaisessa retorikassa: meilläkin puhutaan ”terveysmittareista”, mutta terveyttä mitataan sairauksia kuvaavilla tekijöillä, kuten sepelvaltimo- ja syöpäsairauksilla tai kolesterolilla. Esimerkiksi Suomen Sydänliitto ry. puhuu Internet-sivuillaan sydän- ja verisuonitaudeista ”sydänterveytenä”.

Kielen toiminnallisen luonteen korostuminen vahvistaa osaltaan asiantuntijatiedon merkitystä. Miller ja Rose (1997, 120) erottavat liberaalis-demokraattisissa hallintamuodoissa merkityksellisestä asiantuntijatiedosta kolme peruspiirrettä. Ensinnäkin se pitää etäisyyttä poliittisen vallan muodollisten elinten ja erilaisten hallinnon kannalta tarpeelliseksi katsottujen käytännöllisten toimenpiteiden välillä (avoin koordinaatio, parhaat käytännöt, vertaisarviointi). Toiseksi asiantuntijatieto synnyttää erityisen suhteen tiedon ja hallinnan välille: hallintaohjelmat ottavat käyttöön asiantuntijatietoa ja turvautuvat siihen muotoillessaan, määritellessään ja yrittäessään operationalisoida poliittisia toimia (erilaiset foorumit ja prosessit, korkean tason työryhmät ja asiantuntijaraportit). Kolmanneksi asiantuntijatiedolla voidaan vaikuttaa yksilöiden elämänhallintaan ja luoda tietynlaista suhdetta politiikan harjoittajien ja palveluiden vastaanottajien välille (osallistuminen ja sitouttaminen, yksilön valintojen ja vastuun lisääminen, tiedon tuottaminen). Tämänäkötyyppisen hallinnon keskeisiä lähtökohtia ovat aktiivikansalaisuus sekä yksilön riippumattomuuden ja yritteliäisyyden elvyttämiseen perustuva yhteiskunnallisen uudistamisen ohjelma.

Uudet poliittiset aloitteet esiintyvät usein yrityksinä itsenäistää toimijoita kansallisvaltion otteesta (vrt. komission tiivis yhteistyö ei-valtiollisten toimijoiden kanssa), jolloin ”vanhojen” hyvinvointijärjestelyjen takana olevat mentaliteetit ja teknologiat joutuvat puolustuskannalle. Michael Mann toteaaakin, että moderni valtio keksii demokratian uudelleen, koska se on sille ainoa keino ohjata sosiaalisia voimia (Kantola 2002, 23).

Integraation tarkasteleminen useiden ”Eurooppien” avulla mahdollistaa Euroopan unionin näkemisen kokonaisuutena, jossa eri politiikan alueet omina Eurooppinaan kehittyvät osana sen ”nykyisyyden historiaa”. Tällöin vallitseva tapa ymmärtää asioita ja niiden välisiä suhteita ei ole välttämättä ainoa oikea. Integraatio ei etene lineaarisena kehityskaarena, vaan se on toimimista, hetkiin tarttumista ja kontingenttia. Eri Euroo-

pat kehittyvät omaa tahtiaan, mutta koko ajan luodaan myös mekanismeja niiden yhdistämiseksi. Meidän olisikin kiinnostuttava historiallisista hetkistä ja kysyttävä, miksi jokin ilmiö selitetään ja tulkitaan näin ja mihin tämä tulkinta liittyy.

Kuten edellä on nähty, terveyden oma tila – sen oma Eurooppa – on erityisyydestään huolimatta lopultakin kaikkea muuta kuin muista politiikoista erilleen suljettu alue. Ennemmin käynnissä on *funktionaalinen uudelleenjärjestely*, jossa terveyspolitiikan perinteinen erillisuus poliittisissa diskursseissa häivytetään, jotta terveyspoliittiset uudistukset voidaan kytkeä suoraan osaksi unionin laajempia poliittisia tavoitteita. Terveiden oman tilan, sen oman käsitteellisen puheavaruuden, avulla diskurssit jäsenmaiden hyvinvointijärjestelmien uudistustarpeista institutionalisoidaan, jolloin myös ratkaisut ja niiden vaatima tieto ja asiantuntemus on mahdollista saada yhteisiksi. Tämän institutionalisoinnin myötä kansalliset tarpeet muuntuvat *Euroopan tarpeiksi*. Ja jos ja kun Euroopalla on omia tarpeita, on sillä oltava myös mandaatti vastata niihin.

Unioni ottaa itselleen mandaatin puhua terveydestä ”Euroopan tarpeiden” nimissä ottamalla ilmiön haltuunsa, käsittelemällä sitä tiedon avulla, ”kotoistamalla” sen (ks. ”domestication”-käsite, Walters & Haahr 2004, 144) ja vakuuttamalla poistavansa ongelman. Tämä turvallisuuden rakennelma ei kuitenkaan palaudu perinteiseen hyvinvointivaltio-ajatteluun eikä terveyskysymyk-

sen ydintä voi enää etsiä terveyspalvelujärjestelmistä, sillä pelkästään niihin rajoittuvan tarkastelun kautta ei pääse käsiksi unionin itselleen otamaan ”terveysprojektiin”, joka on osa sen strategiaa hallita eri elämäntilanteita yhä laajemmin. Unioni luo itselleen tarvittavan tietopohjan terveydestä, ja ”terveyden Euroopan” diskurssi luo ja mahdollistaa tietyt hallintakäytännöt, kun ihmiset ja instituutiot alkavat mieltää terveyden tietyllä tavalla ja toimivat sen mukaisesti.

Terveyden Euroopasta voidaankin keskustella unionin käyttämänä valtana ja hallintamentaliiteetin muutoksena: miten tehdään unionille sopiva kansalainen? Kyse on terveyskäyttäytymisen rakentamisesta, johon unioni saa legitimaation kansalaisiin – heidän hyvinvointiinsa ja elämäntilanteensa – vetoamalla. Unioni on kiinnostunut väestönsä hyvinvoinnista, sillä väestö on resurssi talouden menestykselle. Terveiden kautta luodaan käsitys siitä, *millainen on ihminen, jota kilpailukykyinen talous tarvitsee*.

Terveyden Euroopassa erityisestä tulee yleistä ja yleisestä erityistä; terveys on kaikkea ja kaikkialla, mutta *sairausten* käsitteen kanssa sillä ei enää ole juuri tekemistä. Vanhan, sairaudenhoitoon kontekstoituvan ja uuden, taloudelliseen tuottavuuteen kytkeytyvän terveyspolitiikan välinen ero on selkeä, kun komissaarin tulevaisuudennäkymissä *sairausministerit muuntuvat terveysministereiksi, ja terveys on yhtä kuin vauraus*. Terveiden retoriikan avulla rakennetaan Eurooppaa, jolla on terve talous.

KIRJALLISUUS

- BARRY, ANDREW: The European Community and European government: harmonization, mobility and space. *Economy and Society* 22 (1993): 3, 314–326
- DEAN, MITCHELL: Governmentality. Power and rule in modern society. London: Sage, 1999
- DOSTAL, JÖRG MICHAEL: Campaigning on expertise: how the OECD framed EU welfare and labour market policies – and why success could trigger failure. *Journal of European Public Policy* 11 (2004): 3, 440–460
- FOUCAULT, MICHEL: Governmentality. In: Burchell, Graham & Gordon, Colin & Miller, Peter (eds.): *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Hemel Hempstead, England: Harvester Wheatsheaf, 1991
- HAAHR, JENS: Open Co-ordination as Advanced Liberal Government. *Journal of European Public Policy* 11 (2004): 2, 209–230
- HELEN, ILPO & JAUHO, MIKKO: Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa: Helén, Ilpo & Jau-

- ho, Mikko: Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 2003
- HELNE, TUULA & JULKUNEN, RAIIJA & KAJANOJA, JOUKO & LAITINEN-KUIKKA, SINI & SILVASTI, TIINA & SIMPURA, JUSSI (toim.): Sosiaalinen politiikka. Helsinki: WSOY, 2003
- JACOBSSON, KERSTIN: Soft regulation and the subtle transformation of states: the case of EU employment policy. *Journal of European Social Policy* 14 (2004): 4, 335–370
- JULKUNEN, RAIIJA: Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino, 2001
- KANTOLA, ANU: Markkinakuri ja managerivalta. Poliittinen hallinta Suomen 1990-luvun talouskriisissä. Viestinnän julkaisuja 6. Viestinnän laitos, Helsingin yliopisto. Tampere: Loki-kirjat, 2002
- KARISTO, ANTTI: Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 46. Helsinki 1984

- MILLER, PETER & ROSE, NIKOLAS: Köyhiä ohjelmoimassa: köyhyyslaskelma ja asiantuntijatieto. Teoksessa: Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko (toim.): Biovallan kysymyksiä. Kirjoituksia köyhyyden ja sosiaalisten uhkien hallinnoimisesta. Tampere: Gaudeamus, 1997
- MILLER, PETER & ROSE, NIKOLAS: Poliittiset rationaalisatit ja hallintatekniikat. *Politiikka* 3/1989, 145–158
- PALOLA, ELINA: Euroopan sosiaalinen malli. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 6, 569–582
- RINTALA, TAINA: Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946–1991. *Tutkimuksia* 75. Helsinki: Stakes, 1995
- RINTALA, TAINA: Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. *Tutkimuksia* 132. Helsinki: Stakes, 2003
- ROSE, NIKOLAS: Eriarvoisuus ja valta hyvinvointivaltion jälkeen. Teoksessa: Eräsaari, Risto & Rahkonen, Keijo (toim.): Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua eurooppalaisesta hyvinvointivaltiosta. Tampere: Gaudeamus, 1995
- ROSE, NIKOLAS: Governing "advanced" liberal democracies. In: Barry, Andrew & Osborne, Thomas &

- Rose, Nikolas (eds.): Foucault and Political Reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government. London: UCL Press, 1996
- ROSE, NIKOLAS: Powers of Freedom. Reframing Political Thought. Cambridge: Cambridge University Press, 1999
- ROSE, NIKOLAS & MILLER, PETER: Political power beyond the State: problematics of government. *British Journal of Sociology* 43 (1992): 2, 173–205
- SAVIO, ANNIKKI: Euroopan unionin sosiaalinen ulottuvuus sosiaalipoliittisena ohjausmekanismina. *Tutkimuksia* 117. Helsinki: Stakes, 2001
- SUOMEN SYDÄNLIITTO RY:N INTERNET-SIVUT: <http://www.sydanliitto.fi>
- TÖRRÖNEN, JUKKA (toim.): Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaätely. Gaudeamus, 2004
- WALTERS, WILLIAM: Unemployment and Government: Genealogies of the Social. Cambridge University Press, 2000
- WALTERS, WILLIAM & HAAHR, JENS HENRIK: Governing Europe – Discourse, governmentality and European integration. London and New York: Routledge, 2005.

ENGLISH SUMMARY

Elina Palola: To what end a "Europe of Health"? (Mi-hin "terveyden Eurooppaa" tarvitaan?)

The European Union's first ever Commissioner for Health and Consumer Protection, Irishman David Byrne, was a member of the European Commission from 1999 to 2004. Commissioner Byrne spoke about a radical re-orientation of European activities in the public health field and about a new "Europe of Health", which was to give us an opportunity to set out a positive political concept of health both as the driver of our economic prosperity and as a source of renewal for citizenship and governance.

This article sets out to explore what exactly this "Europe of Health" involves and entails. A further concern is to see how technologies are designed and formulated on the basis of this concept, i.e. how regimes of government are translated via Commission communications into practice. The governmentality approach incorporated in the Europe of Health differs essentially from traditional nation-state health policies, and if EU health policy is examined strictly in terms of EU jurisdiction and national, system-oriented concepts, many important points will pass unnoticed.

The perspective of governmentality has so far remained rather marginal in EU research. Most EU studies work from the assumption that we know exactly what "Europe" is: in integration discourses it always appears as a known quantity and quality that has its own needs. It is also assumed that the authorities can identify these needs and devise policies that will address them. But what is meant now by this talk of a "Europe of Health", which has its own needs, aims and policies?

The primary material for the article consists of nine speeches by Commissioner David Byrne in 2000–

2004. Another dataset consists of recent Commission communications outlining EU health policy objectives in the broader context of social protection.

In his speeches the first ever EU Commissioner for Health constructs a Europe of Health where health becomes a governable space: health is promoted as a European need so that work can get under way to create and shape practices for governing that need. The Commission is working to construct a "Europe of Health" in speeches and texts that are aimed at creating common, shared notions of the nature of the problems and the way they should be resolved. The Union is building up a knowledge base of health, and the discourse of a "Europe of Health" creates and paves the way to certain practices of government as people and institutions begin to perceive health in a certain way and to act accordingly. With national actors confined to a certain "conceptual space", they are also confined to a certain system of governance where European solutions can be justified by reference to European-produced information.

Indeed the Europe of Health can be debated as power exercised by the EU in the sense of governmentality: how is a citizen created that fits the EU bill? The exercise is one of constructing a pattern of health behaviour that the EU legitimises by appealing to citizens, their welfare and quality of life. The Union is interested in the health of its people, because the people are its key resource to economic success.

KEY WORDS

EU, Commissioner for Health and Consumer Protection, David Byrne, speeches, analysis, health policies, governmentality approach, space of government